

## Modello A

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_

**In qualità di rappresentante legale dell'ASD/SSD affiliata**

**Denominazione** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

**Indirizzo Impianto** \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

**Per la gara del** \_\_\_\_\_

**Tipo e n° matricola defibrillatore** \_\_\_\_\_

**Operatore abilitato BLSD** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

**Data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il presente modulo va inviato almeno 48 h prima della disputa delle gare all'indirizzo**  
**[campania@uisp.it](mailto:campania@uisp.it)**